

## Déglutition Swallowing disorders

### Communications orales

#### Version française

CO03-001–FR

#### Typologie analytique et fonctionnelle de troubles de la déglutition selon l'étiologie neurologique ou neuromusculaire de 153 patients adressés à la consultation spécialisée du CHU de Nantes

M. Le Fort<sup>\*</sup>, P. Hamon, J.-F. Mathé, B. Perrouin-Verbe  
Service de MPR neurologique, CHU de Nantes, 85, rue Saint-Jacques, 44093  
Nantes cedex 01, France

<sup>\*</sup>Auteur correspondant.

**Mots clés :** Déglutition ; Neurologique ; Neuromusculaire ; Typologie

**Objectif.**– Typologie de troubles de la déglutition par pathologie.

**Patients et méthode.**– La consultation du CHU de Nantes pour les troubles neurologiques de la déglutition associe un MPR et un ORL. Évaluation systématiquement clinique et vidéonasofibroscopique. Cent cinquante-trois patients vus au moins une fois entre 2008 et 2010. Treize caractéristiques notamment sont relevées : gastrostomie, trachéotomie, alimentation modifiée, dénutrition, temps de repas, troubles cognitifs, troubles moteurs buccaux ; au niveau pharyngé : fuites prématurées, réflexe retardé, hyperreflexivité, stase, résidu ; fausse route visualisée. Caractéristiques anonymisées et comparées par un test du Chi<sup>2</sup> pour chaque pathologie au reste de la population étudiée.

**Résultats, discussion et étiologies.**– Accident vasculaire cérébral (AVC)=35 cas ; sclérose en plaques (SEP)=25 ; traumatisme crânien (TC)=16 ; sclérose latérale amyotrophique (SLA)=15 ; Parkinson et assimilés (PK)=11 ; infirmité motrice cérébrale (IMC)=8 ; myopathies=8 ; syndromes cérébelleux (SC)=8 ; autres=27. Indication de consultation : reprise d'une alimentation per os de patients souvent gastrostomisés voire trachéotomisés pour les AVC et les TC, caractérisés par des fuites pharyngées prématurées et une atteinte cognitive ; discussion face à l'apparition ou aux complications de troubles de la déglutition pour les autres pathologies, notamment les SLA qui se distinguent par une fréquence plus importante des troubles moteurs buccaux et une dénutrition, et par une absence de troubles cognitifs. Les PK sont caractérisés par une fréquence moindre de stase pharyngée : le trouble de la motricité volontaire se situe en amont du pharynx sans forcément d'atteinte strictement pharyngée, contrairement aux myopathies. L'anomalie de contrôle buccolingual caractérise les IMC alors que l'évaluation des SEP et des SC apparaît la moins altérée. Cette évaluation analytique et fonctionnelle, comparée à la littérature, fournit des éléments pratiques de gestion du confort et de la sécurité par pathologie dans le cadre de troubles volontiers évolutifs

(aggravatifs ou régressifs) de la déglutition. Cela peut servir de base à des études spécifiques complémentaires.

#### Référence

Kumar S. Swallowing and dysphagia in neurological disorders. *Rev Neurol Dis* 2010;7(1):19–27.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.842

CO03-002–FR

#### Les signes prédictifs de l'évolution des troubles de la déglutition après AVC

J.-P. Crudo<sup>a,\*</sup>, N. Hadji<sup>a</sup>, M. Enjalbert<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CRF Bouffard-Vercelli, Cap-Peyrefite, 66290 Cerbere, France

<sup>b</sup> CRF Bouffard-Vercelli, CH Perpignan, Cerbere, France

<sup>\*</sup>Auteur correspondant.

**Mots clés :** Signes prédictifs ; Troubles de la déglutition ; AVC ; Troubles phasiques ; L'éveil ; Le TPM ; NBI

**Introduction.**– Se nourrir, boire, appartient au kit de survie de l'homme. Soixante à 80 % des patients atteints d'un AVC présentent des troubles de la déglutition. Notre objectif a été la détermination des signes prédictifs les plus intéressants de l'évolution de cette pathologie.

**Méthode.**– Nous avons exploré au CBV au cours de l'année 2010, 40 patients ayant présenté un AVC. Nous avons déterminé 7 critères qui nous paraissent indispensables dans le suivi en parallèle des troubles de la déglutition : le temps phonatoire maximum (TPM), la parole, le NBI (lumière verte), le réflexe nauséeux, l'éveil, la sensibilité, la paralysie faciale.

**Résultats.**– L'âge moyen était de 73 ans. L'origine des AVC était de nature ischémique dans 33 cas (82,5 %), hémorragique dans 7 cas (17,5 %). La lésion a siégé dans le tronc cérébral dans 10 cas (25 %) et dans les hémisphères dans 30 cas (75 %). Le déficit moteur était droit dans 27 cas (67,5 %), gauche dans 13 cas (32,5 %).

**Discussion.**– Deux signes nous sont apparus primordiaux : les troubles phasiques (présents dans 75 % des cas), et les troubles de l'éveil (présents dans 30 % des cas) dont l'amélioration précède ou évolue de pair avec les troubles de la déglutition. Le TPM n'est pas toujours réalisable mais à partir de 10 s, il est un signe favorable à la récupération. Le NBI (Neuro Band Imagine) ou lumière verte visualise dans 47 % des troubles de la microvascularisation et sa présence permet le suivi évolutif. Le réflexe nauséeux (80 % des cas) est moins déterminant. La perte de la sensibilité a une importance plus grande dans le réflexe de déglutition ou dans la rééducation. La paralysie faciale (50 % des cas) est une gêne pour le temps buccal et n'est pas significative.

**Conclusion.**– Trois signes cliniques (troubles phasiques, l'éveil, le TPM) et un signe paraclinique (NBI) sont les éléments dont l'évolution (amélioration ou